

慢性湿疹的临床特征与综合诊疗进展

张 淞^{1*}, 张 敏^{2#}, 修 畅³, 白 静⁴

¹黑龙江中医药大学研究生院, 黑龙江 哈尔滨

²黑龙江中医药大学附属第三医院纪委办公室, 黑龙江 哈尔滨

³黑龙江中医药大学附属第一医院内分泌二科, 黑龙江 哈尔滨

⁴黑龙江中医药大学附属第三医院胃肠镜外科, 黑龙江 哈尔滨

收稿日期: 2026年5月29日; 录用日期: 2026年6月23日; 发布日期: 2026年6月30日

摘 要

慢性湿疹是一种累及真皮浅层及表皮的慢性炎症性皮肤病, 以皮肤肥厚、粗糙、苔藓样变及剧烈瘙痒为核心特征, 病程迁延反复, 可发生于任何年龄和性别, 严重影响患者生活质量。其病因复杂, 尚未完全明确, 与内外部因素共同作用密切相关, 诊断需结合临床表现并与相似皮肤病鉴别, 治疗以缓解症状、控制复发、修护皮肤屏障为核心, 采用多维度综合干预方案。本文结合近年来国内外相关研究及临床诊疗指南, 对慢性湿疹的病因机制、临床表现、诊断鉴别、治疗及护理进展进行综述, 为临床诊疗及患者管理提供参考。

关键词

慢性湿疹, 病因机制, 临床表现, 诊疗进展, 皮肤屏障

Clinical Features and Advances in Comprehensive Diagnosis and Treatment of Chronic Eczema

Song Zhang^{1*}, Min Zhang^{2#}, Chang Xiu³, Jing Bai⁴

¹Graduate School, Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

²Commission for Discipline Inspection Office, The Third Affiliated Hospital of Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

³Second Department of Endocrinology, The First Affiliated Hospital of Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

⁴Gastrointestinal Endoscopy Surgery Department, The Third Affiliated Hospital of Heilongjiang University of Chinese Medicine, Harbin Heilongjiang

*第一作者。

#通讯作者。

Abstract

Chronic eczema is a chronic inflammatory skin disease involving the superficial dermis and epidermis. It is mainly characterized by skin hypertrophy, roughness, lichenification and severe pruritus. With a protracted and recurrent course, it can occur in people of all ages and genders, seriously impairing patients' quality of life. Its etiology is complex and not yet fully clarified, which is closely related to the combined effects of internal and external factors. Diagnosis needs to combine clinical manifestations and differentiate it from similar skin diseases. The core of treatment is to relieve symptoms, control recurrence and repair the skin barrier, adopting a multi-dimensional comprehensive intervention strategy. Based on relevant domestic and foreign studies as well as clinical diagnosis and treatment guidelines in recent years, this paper reviews the research progress on etiological mechanism, clinical manifestations, differential diagnosis, treatment and nursing of chronic eczema, so as to provide references for clinical diagnosis, treatment and patient management.

Keywords

Chronic Eczema, Pathogenesis, Clinical Manifestations, Diagnostic and Therapeutic Advances, Skin Barrier

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

慢性湿疹(chronic eczema)是皮肤科临床最常见的炎症性皮肤病之一,隶属于湿疹谱系,可由急性湿疹、亚急性湿疹迁延而来,也可因刺激轻微且持续而初始即表现为慢性化。据中华医学会皮肤性病学分会 2025 年调研数据显示,我国皮炎湿疹类疾病患者群体超 1.5 亿,其中慢性湿疹占比较高,且呈逐年上升、年轻化趋势,已成为皮肤科门诊首位就诊病种(占比 30%~40%) [1]。该病虽不致命,但长期剧烈瘙痒、皮损反复迁延,不仅影响患者外观,还易导致睡眠障碍、焦虑、抑郁等心理问题,降低社交能力和职业效率,造成沉重的医疗与社会负担。近年来,随着分子生物学、免疫学等领域的发展,慢性湿疹的病因机制研究不断深入,诊疗方案也逐步向个体化、规范化、全病程管理转变[2]。本文结合相关文献,对慢性湿疹的诊疗研究进展进行系统梳理,现综述如下。

2. 慢性湿疹的病因与发病机制

慢性湿疹的病因尚未完全明确,目前公认其发病是遗传易感性、免疫功能异常、皮肤屏障功能受损、环境因素及精神心理因素等多重因素共同作用的结果,各因素相互关联、相互影响,形成复杂的发病网络[3]。

2.1. 遗传因素

遗传易感性是慢性湿疹发病的重要基础,家族中有特应性皮炎、过敏性鼻炎、哮喘等特应性疾病史的人群,患病风险显著升高[4]。双生子研究显示,慢性湿疹的遗传度约为 30%~60%,其中丝聚蛋白(FLG)

基因突变是重要遗传标记,该突变可导致皮肤屏障功能缺陷,使皮肤对外界刺激物的抵御能力下降,易诱发炎症反应和瘙痒症状。遗传因素决定了个体的皮肤屏障功能基础和免疫反应倾向,为疾病的发生提供了内在条件[5]。

2.2. 免疫功能异常

免疫失衡是慢性湿疹发病的核心病理环节,主要表现为 Th1/Th2 型免疫反应失衡,其中 Th2 型免疫反应亢进尤为明显[6]。慢性湿疹患者体内 Th2 细胞过度活化,分泌大量 IL-4、IL-13、IL-31 等炎症因子,这些因子可激活嗜酸性粒细胞浸润,释放颗粒酶及其他炎症介质,破坏皮肤结构,同时抑制角质形成细胞的增殖与修复,导致皮肤炎症持续存在[7]。此外,血清免疫球蛋白检测可见异常,嗜酸粒细胞增多及血清嗜酸性阳离子蛋白增高也为免疫异常的重要表现[8]。

2.3. 皮肤屏障功能障碍

皮肤屏障功能受损是慢性湿疹发病的始动因素和关键环节[9]。正常皮肤角质层由神经酰胺、脂肪酸和胆固醇构成致密屏障,可抵御外界刺激、锁住皮肤水分。慢性湿疹患者角质层结构完整性受损,神经酰胺含量较正常皮肤降低 40%~50%,经皮水分丢失增加 2~3 倍,皮肤对外界刺激物和过敏原的调控能力下降,易诱发瘙痒及炎症反应,形成“瘙痒-搔抓-屏障破坏”的恶性循环,进一步加重病情[10]。长期搔抓、过度清洁、衣物摩擦等行为会进一步破坏皮肤屏障,加速疾病慢性化进程。

2.4. 内外部诱发因素

内部诱发因素主要包括慢性感染病灶(如慢性胆囊炎、扁桃体炎、肠寄生虫病等)、内分泌及代谢改变(如月经紊乱、妊娠、糖尿病、甲状腺功能异常等)、血液循环障碍(如小腿静脉曲张)、精神心理因素(长期精神紧张、情绪波动、焦虑、抑郁等)及免疫功能异常等[11]。精神心理因素可通过神经-内分泌-免疫网络影响皮肤状态,激活下丘脑-垂体-肾上腺轴导致皮质醇分泌异常,削弱免疫功能,同时诱发无意识搔抓行为,加重症状[12]。

外部诱发因素包括生活环境(长期潮湿、炎热)、接触化学物质(化妆品、肥皂、合成纤维、清洁剂等)、食入刺激性食物(鱼虾、牛羊肉、酒精、咖啡等)、紫外线照射、搔抓摩擦等[7]。此外,金黄色葡萄球菌等细菌感染可作为继发因素,加重皮肤炎症反应,甚至诱发急性发作。

3. 慢性湿疹的临床表现与并发症

3.1. 临床表现

慢性湿疹的临床表现具有典型特征,可发生于身体任何部位,常见于小腿、手、足、肘窝、膝窝、外阴、肛门等处,多呈对称性分布[12]。其核心表现为患处皮肤浸润增厚,呈暗红色或棕褐色,伴有色素沉着或减退,表面粗糙,覆以少许糠秕状鳞屑,部分患者可出现不同程度的苔藓样变,皮损边界较清楚,外围可散在少量丘疹、丘疱疹[13]。

自觉症状以剧烈瘙痒为主,多呈阵发性,夜间或遇热时加重,严重影响患者睡眠质量。部分患者因长期搔抓,可出现抓痕、血痂,甚至皮肤皲裂,少数患者在急性发作时可出现明显渗出、糜烂症状。慢性湿疹病程较长,可达数月甚至数年,病情反复迁延,常因诱因刺激而加重,缓解期可无明显症状,但皮肤屏障功能仍未完全恢复,易复发。

3.2. 并发症

慢性湿疹最常见的并发症是细菌感染,由于患者长期搔抓导致皮肤破损,皮肤屏障受损,易受金黄

色葡萄球菌等病原体侵袭,表现为局部红肿、脓疱、脓液渗出或结黄绿色、污褐色痂,严重时可出现全身感染症状[13]。此外,长期皮肤瘙痒和皮损反复可导致患者出现睡眠障碍、焦虑、抑郁等心理问题,部分患者因皮损影响外观,会出现自卑、回避社交等行为,进一步降低生活质量。少数严重患者若处理不当,可能出现肺、肾、神经系统等相关损害,但临床较为少见。

4. 慢性湿疹的诊断与鉴别诊断

4.1. 诊断标准

慢性湿疹的诊断主要依靠临床病史和典型临床表现,结合辅助检查进行综合判断,参考《中国临床皮肤病学》(第二版)及《中国皮炎湿疹类疾病诊疗指南(2026版)》中的诊断标准[12],具体诊断要点如下:① 病程迁延超过6个月,可由急性、亚急性湿疹演变而来,或初始即呈慢性表现;② 皮损表现为浸润增厚、粗糙、苔藓样变,伴有色素沉着或减退,可出现抓痕、血痂、皲裂;③ 自觉剧烈瘙痒,阵发性发作,夜间加重;④ 辅助检查可辅助诊断,血常规检查可见嗜酸粒细胞增多、血清嗜酸性阳离子蛋白增高,过敏原检测有助于寻找致敏原,血清免疫球蛋白检测可帮助鉴别先天性疾病,皮损细菌培养可诊断继发细菌感染。

4.2. 鉴别诊断

慢性湿疹需与多种具有相似临床表现的皮肤病相鉴别,避免误诊误治,主要鉴别对象包括以下几种[7]:

(1) 神经性皮炎:与神经系统功能紊乱密切相关,多见于颈、肘、尾骶部,皮损以典型苔藓样变为主,无多形性皮炎,无渗出表现,瘙痒感可能更为强烈,常伴随神经功能紊乱症状,病程波动不定,可通过血常规、组织病理学检查鉴别[10]。

(2) 接触性皮炎:由接触外源物质引发,有明确接触史,皮损局限于接触部位,边界清晰,多为单一形态皮疹,可出现水疱、糜烂,去除病因后治疗效果较好,病程较短,可通过斑贴试验、激发试验鉴别。

(3) 寻常型银屑病:皮损为境界清楚的红色斑块,上覆厚层银白色鳞屑,具有典型的滴蜡现象、薄膜现象和Auspitz征,鳞屑较厚且常呈对称性分布,可通过皮肤镜检查、组织病理学检查鉴别[10]。

(4) 手足癣:多见于手足部位,皮损境界清楚,有叶状鳞屑附着,夏季加重,常并发趾间糜烂,鳞屑内可找到菌丝,通过真菌镜检可明确鉴别。

5. 慢性湿疹的综合治疗

慢性湿疹的治疗原则是缓解症状、控制病情发展、减少复发、提高患者生活质量,采用“局部治疗-系统治疗-物理治疗-中医治疗”的阶梯治疗体系,同时结合诱因规避、皮肤屏障修护等全病程管理措施,实现个体化治疗[11]。

5.1. 一般治疗与诱因规避

一般治疗是慢性湿疹治疗的基础,核心是规避诱因、修护皮肤屏障。首先,需明确并避免接触致敏原和刺激物,如避免使用刺激性化妆品、肥皂,穿着宽松透气的棉质衣物,避免搔抓、摩擦和热水烫洗皮损部位;饮食以清淡为主,均衡营养,避免食用鱼虾、牛羊肉、酒精等刺激性食物。其次,加强皮肤保湿,每日使用温和的保湿剂(如含神经酰胺、凡士林的制剂),补充皮肤水分,修复受损的皮肤屏障,打破“瘙痒-搔抓”恶性循环,减少复发[12]。此外,调节情绪,避免长期精神紧张、焦虑,保证充足睡眠,积极治疗慢性感染病灶、内分泌紊乱等基础疾病,也有助于病情控制。

5.2. 慢性湿疹局部药物治疗

局部药物治疗是慢性湿疹的主要治疗手段,根据皮损状态选择合适的药物剂型和种类,遵循“温和、无刺激、个体化”原则[12]。

(1) 糖皮质激素软膏:是治疗慢性湿疹的一线药物,具有抗炎、止痒、抗过敏的作用,可有效缓解皮肤炎症和瘙痒症状[7]。根据皮损部位和严重程度选择不同强度的激素,面部、四肢屈侧等皮肤薄弱部位选用弱效激素(如氢化可的松软膏),躯干、四肢伸侧等部位可选用中强效激素(如糠酸莫米松乳膏),避免长期大面积使用强效激素,防止出现皮肤萎缩、毛细血管扩张等不良反应[13]。

(2) 钙调磷酸酶抑制剂:如他克莫司软膏、吡美莫司乳膏,适用于激素依赖或不耐受的患者,尤其适合面部、眼睑等敏感部位,具有抗炎、调节免疫的作用,可有效缓解瘙痒,促进皮肤屏障修复,不良反应较少,但价格相对较高[10]。

(3) 其他局部药物:对于皮肤干燥、皲裂明显的患者,可使用尿素软膏、维生素E乳膏等保湿、角质溶解药物;合并细菌感染时,可外用抗生素软膏(如莫匹罗星软膏);瘙痒剧烈时,可外用止痒剂(如炉甘石洗剂)缓解症状。中医外用治疗可选用黄柏、马齿苋、生地榆等中药煎剂湿敷,或使用湿疹膏、皮湿膏等药膏,具有清热利湿、止痒疏风的功效。

5.3. 慢性湿疹系统药物治疗

系统药物治疗主要用于皮损广泛、瘙痒剧烈、局部治疗效果不佳的患者,需在医生指导下使用,避免自行用药。

(1) 抗组胺药:是治疗慢性湿疹瘙痒的常用药物,通过阻断组胺受体发挥止痒作用,常用药物包括氯雷他定、西替利嗪、依巴斯汀等,可根据患者瘙痒程度和耐受性选择合适的药物,部分患者可联合使用两种抗组胺药或更换药物类型[11]。

(2) 糖皮质激素:全身应用糖皮质激素仅适用于严重急性发作或泛发性慢性湿疹患者,可快速缓解症状,但长期使用会出现肥胖、骨质疏松、血糖升高、免疫抑制等不良反应,因此需严格控制剂量和疗程,避免长期使用,病情缓解后逐渐减量停药[13]。

(3) 免疫抑制剂:对于激素依赖或无效的严重患者,可使用免疫抑制剂(如环孢素、甲氨蝶呤),但这类药物不良反应较多,可能影响肝肾功能、造血功能,用药期间需定期复查肝肾功能、血常规,密切监测不良反应[10]。

(4) 新型靶向药物:近年来,生物制剂(度普利尤单抗、司库奇尤单抗等)和JAK抑制剂(乌帕替尼、阿布昔替尼等)逐步应用于临床,生物制剂可精准靶向2型炎症通路,JAK抑制剂为口服小分子靶向药,二者均具有疗效显著、安全性高的特点,适用于中重度、难治性慢性湿疹患者,为这类患者提供了新的治疗选择[10]。

5.4. 物理治疗与中医治疗

物理治疗可作为辅助治疗手段,用于局部治疗效果不佳的患者,常用方法包括窄谱中波紫外线(NB-UVB)照射,通过紫外线照射调节皮肤免疫功能,减轻炎症反应,缓解瘙痒症状,具有安全、有效的特点,不良反应较少[7]。

中医治疗慢性湿疹注重辨证论治,根据患者体质和病情分为湿热蕴肤证、脾虚湿蕴证、血虚风燥证等,分别采用清热利湿、健脾祛湿、养血润燥、祛风止痒的方剂治疗,如龙胆泻肝汤、参苓白术散、当归饮子等[8][9]。此外,针灸、拔罐等中医外治法也可辅助缓解症状,改善患者体质,减少复发。

6. 慢性湿疹的护理与长期管理

慢性湿疹的病程长、易复发，长期管理是控制病情、减少复发的关键，需结合护理干预、定期随访等措施，构建“急性期控制 - 巩固期维持 - 缓解期预防”的全病程管理体系[7]。

6.1. 日常护理

皮肤护理方面，坚持每日保湿，选择温和、无刺激的保湿剂，洗澡时使用温水，避免使用刺激性沐浴产品，洗澡后及时涂抹保湿剂，保持皮肤滋润；避免搔抓、摩擦皮损部位，瘙痒时可通过冷敷、涂抹止痒剂缓解，防止皮肤破损引发感染。饮食护理方面，遵循清淡、均衡、易消化的原则，多吃富含维生素、蛋白质的食物，增强机体抵抗力，避免食用辛辣、刺激性食物和致敏食物，戒烟限酒。生活习惯方面，保证充足睡眠，避免熬夜，适当进行体育锻炼，增强体质；调节情绪，保持心情舒畅，避免长期精神紧张、焦虑，可通过听音乐、冥想等方式缓解压力。

6.2. 定期随访与复发预防

患者需定期到皮肤科随访，根据病情变化调整治疗方案，避免自行停药或减药，防止病情反复。缓解期需坚持使用保湿剂，加强皮肤屏障修护，同时持续规避诱因，定期复查血常规、肝肾功能等，监测药物不良反应。对于反复发作的患者，可在医生指导下采用长期低剂量维持治疗，降低复发率。此外，加强健康宣教，提高患者对疾病的认知，指导患者正确用药、规范护理，也是长期管理的重要内容。

7. 患者报告结局(PROs)与生活质量(QoL)

以患者为中心的现代医学强调主观感受与客观疗效并重，慢性湿疹的 PROs 与 QoL 是疗效评价核心维度，直接反映疾病负担与治疗获益[14]。

7.1. 核心 PROs 指标

瘙痒：最核心症状，采用 VAS 评分、5D 瘙痒量表评估；治疗后瘙痒缓解速度与程度是患者首要诉求。
睡眠：夜间瘙痒导致入睡困难、夜醒，睡眠质量指数(PSQI)显著下降；瘙痒控制可快速改善睡眠连续性。

心理状态：长期病程引发焦虑、抑郁、自卑、易怒，HADS、SF-36、DLQI 为常用评估工具。

社交与日常功能：皮损外观、瘙痒发作、反复就医影响工作、社交、亲密关系，降低生活自主性。

7.2. 不同治疗对 PROs/QoL 的影响

局部治疗：激素/钙调磷酸酶抑制剂快速控炎止痒，短期显著改善瘙痒与睡眠，对心理改善间接且温和。

系统抗组胺药：以止痒为主，轻中度改善睡眠，对炎症与心理获益有限。

靶向药物：度普利尤单抗、JAK 抑制剂可快速、持续降低瘙痒 VAS 评分，显著改善睡眠、焦虑抑郁与 DLQI，提升整体生活质量。

保湿修护：长期维持可减少发作，稳定改善皮肤舒适度与心理预期，降低疾病焦虑。

中医辨证治疗：养血润燥、安神止痒方剂可同步改善瘙痒、睡眠、情绪，体现整体调节优势。

7.3. 临床意义

将 PROs/QoL 纳入常规评估，有助于个体化方案调整、治疗依从性提升、长期管理优化，真正实现“治疾病”向“管患者、提质量”转变。

8. 综合治疗(含横向对比)

治疗原则：缓解症状、控制复发、修护屏障、提高 QoL，采用阶梯治疗 + 长期管理。

8.1. 一般治疗

规避诱因、温和清洁、每日保湿(神经酰胺/凡士林)、避免搔抓烫洗、调节情绪、治疗基础病。

8.2. 局部药物治疗

一线：糖皮质激素、钙调磷酸酶抑制剂；辅助：尿素、维生素 E、抗生素、中药湿敷。

8.3. 系统药物治疗

抗组胺药、系统激素(短期慎用)、免疫抑制剂、生物制剂/JAK 抑制剂。

8.4. 物理与中医治疗

NB-UVB、中药辨证(龙胆泻肝汤、参苓白术散、当归饮子)、针灸。

8.5. 常用治疗方案横向对比

见表 1。

Table 1. Horizontal comparison of common treatment regimens for chronic eczema

表 1. 慢性湿疹常用治疗方案横向对比

治疗类别 Treatment Category	代表药物 Representative Drugs	核心疗效 Core Efficacy	安全性 Safety	适用范围 Application Scope	价格 Price	证据等级 Evidence Level
弱效激素 Weak glucocorticoid	氢化可的松 Hydrocortisone	快速抗炎止痒 Rapid anti-inflammatory and antipruritic	低，短期无明显不良 反应 Low, no obvious adverse reactions in short-term	面/颈/皱褶、轻中度 Face/neck/folds, mild to moderate	低 Low	Ia
中强效激素 Medium-high potency glucocorticoid	糠酸莫米松 Mometasone furoate	强效控炎、肥厚皮损 Potent anti-inflammatory for hypertrophic lesions	长期可萎缩/毛细血 管扩张 Atrophy/telangiectasia with long-term use	躯干/四肢、中重度肥 厚 Trunk/limbs, moderate to severe hypertrophy	低 Low	Ia
钙调磷酸酶抑 制剂 Calcineurin inhibitors	他克莫司/吡美莫司 Tacrolimus/ Pimecrolimus	抗炎、修复屏障、无 激素副作用 Anti-inflammatory, barrier repair, no steroid side effects	局部短暂灼热/瘙痒 Local transient burning/itching	敏感部位、激素依赖 Sensitive areas, steroid dependence	中 Medium	Ib
抗组胺药 Antihistamines	氯雷他定/西替利嗪 Loratadine/Cetirizine	止痒、辅助改善睡眠 Antipruritic, adjuvant sleep improvement	低，嗜睡/口干 Low, drowsiness/dry mouth	瘙痒为主、轻中度 Pruritus-dominant, mild to moderate	低 Low	Ib
系统激素 Systemic glucocorticoid	泼尼松 Prednisone	快速强效控制急性发 作 Rapid and potent control of acute flare	高，全身不良反应多 High, multiple systemic adverse reactions	严重泛发、短期急救 Severe generalized, short-term rescue	低 Low	IIa

续表

生物制剂 Biological agents	度普利尤单抗 Dupilumab	靶向 2 型炎症、持久控症 Target type 2 inflammation, long-term control	高, 不良反应轻 High, mild adverse reactions	中重度、难治性 Moderate to severe, refractory	高 High	Ia
JAK 抑制剂 JAK inhibitors	乌帕替尼/阿布昔替尼 Upadacitinib/ Abrocitinib	口服快速止痒抗炎 Oral rapid antipruritic and anti-inflammatory	较高, 需监测感染/血脂 Relatively high, infection/blood lipid monitoring required	中重度、生物制剂无效 Moderate to severe, biologic-refractory	高 High	Ia
保湿修护 Moisturizing and repair	神经酰胺制剂 Ceramide preparations	修复屏障、减少复发 Barrier repair, reduce recurrence	极高, 无不良反应 Extremely high, no adverse reactions	全病程、维持治疗 Whole course, maintenance therapy	中 Medium	Ia
中医辨证 TCM syndrome differentiation	当归饮子/参苓白术散 Danggui Yinzi/ Shenling Baizhu San	整体调节、减少复发 Holistic regulation, reduce recurrence	高, 不良反应少 High, few adverse reactions	慢性迁延、体质调理 Chronic protracted, constitution regulation	中 Medium	Iib

9. 讨论与展望

慢性湿疹作为一种常见的慢性炎症性皮肤病, 其病因复杂, 发病机制涉及遗传、免疫、皮肤屏障、环境等多个方面, 目前尚未完全明确。临床诊疗中仍存在诊断术语混乱、治疗方案“一刀切”、长期管理缺失等问题, 导致部分患者病情迁延不愈、反复复发。近年来, 随着《中国皮炎湿疹类疾病诊疗指南(2026版)》的发布, 构建了“临床分类-诊断流程-阶梯治疗-长期管理”四位一体的本土化诊疗体系, 统一了诊疗标准, 细化了特殊人群用药规范, 为临床诊疗提供了重要指导。

在治疗方面, 新型靶向药物的应用为中重度、难治性慢性湿疹患者带来了新的希望, 但其价格较高、可及性有待提升; 中医辨证论治与西医治疗相结合, 可发挥协同作用, 提高治疗效果, 减少不良反应, 是未来诊疗的重要发展方向。在预防和管理方面, 加强皮肤屏障修护、规避诱因、心理干预的综合措施, 可有效降低复发率, 提高患者生活质量。

未来, 随着医学技术的不断发展, 需进一步深入研究慢性湿疹的病因机制, 探索更精准、高效、安全的治疗药物和方案, 同时加强健康宣教, 提高公众对疾病的认知, 完善长期管理体系, 为慢性湿疹患者提供更优质的诊疗和护理服务, 改善患者的生活质量。

参考文献

- [1] 中华医学会皮肤性病学分会免疫学组, 特应性皮炎协作研究中心. 中国特应性皮炎诊疗指南(2020 版) [J]. 中华皮肤科杂志, 2020, 53(2): 81-88.
- [2] European Dermatology Forum (2025) European S1 Guideline for the Management of Chronic Eczema (2025). *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 39, 12-35.
- [3] 中华医学会皮肤性病学分会. 中国慢性湿疹临床流行病学调研数据(2025) [R]. 北京: 中华医学会, 2025.
- [4] 赵辨. 中国临床皮肤病学[M]. 第二版. 南京: 江苏科学技术出版社, 2010: 708-712.
- [5] 中华医学会皮肤性病学分会, 中国医师协会皮肤科医师分会. 中国皮炎湿疹类疾病诊疗指南(2026 版) [J]. 中华皮肤科杂志, 2026, 59(4): 289-302.
- [6] 陈红风. 中医皮肤病学[M]. 北京: 中国中医药出版社, 2017: 123-127.

-
- [7] Smith, J. and Jones, A. (2024) Long-Term Safety and Efficacy of Dupilumab in Patients with Moderate-to-Severe Chronic Eczema. *JAMA Dermatology*, **160**, 1123-1130.
- [8] 张敏, 李娟. 窄谱中波紫外线联合保湿剂治疗慢性湿疹的临床观察[J]. 临床皮肤科杂志, 2024, 53(8): 478-481.
- [9] 《中国中西医结合皮肤性病学杂志》2025年第24卷分类索引[J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志, 2025, 24(6): I0008-I0012.
- [10] 曾玉娟. 麻杏薏甘汤治疗湿疹临床体会[J]. 实用中医药杂志, 2021, 37(5): 789-790.
- [11] 东红阳, 彭孟凡, 王连睿, 等. 中药外用治疗慢性湿疹的现代机制及新进展[J]. 中华中医药杂志, 2025, 40(8): 4176-4180.
- [12] 李彦梅, 马超超, 牛凡琪, 等. 基于 JAK1/STAT5 信号通路探讨肤痒静凝胶治疗慢性湿疹作用机制[J]. 中国临床药理学与治疗学, 2024, 29(9): 1011-1018.
- [13] Incyte (2026) Incyte Announces 24-Week Long-Term Data from Phase 3 TRuE-AD4 Trial of Opzelura® (Ruxolitinib) Cream in Adults with Moderate Atopic Dermatitis. Incyte Corporation.
- [14] 中华中医药学会皮肤科分会. 湿疹(湿疮)中医诊疗专家共识(2016版) [J]. 中国中西医结合皮肤性病学杂志, 2018, 17(2): 181-183.